

## **Der "domestizierte Körper" – Die Behandlung "beschädigter Leiblichkeit" in der Integrativen Therapie**

*Ilse Orth, Erkrath\**

### **1. Therapeutischer Hintergrund - das Integrationsparadigma**

In der neueren Psychotherapie bahnen sich in vieler Hinsicht bedeutsame Veränderungen an. Einmal zeigt sich eine Bewegung "weg vom Schulenmonismus" (Caspar, Grawe 1989), zum anderen wird den "körperorientierten Verfahren" im Rahmen ganzheitlicher Behandlungskonzeptionen größere Bedeutung zugemessen (Petzold 1974j, 1985g, 1988n, 1993a). Die "neuen Körpertherapien" (idem 1977n, 412) und das "neue Integrationsparadigma" (idem 1992g) sind nun keineswegs Ausdruck der Fortschritte in der Psychotherapieforschung (Grawe et al. 1994) oder in der klinischen Erfahrung (Matakas 1992). Sie sind vielmehr Zeichen gesamtgesellschaftlicher Dynamiken: eine allmähliche "Wiederkehr des Körpers" (Kamper, Wulf 1982), ein wachsendes Bewußtwerden der Bedeutung von Leiblichkeit, eine größere Sensibilität für Zwischenleiblichkeit (Orth, Petzold 1993b) und damit auch für die Wichtigkeit sozialer Netzwerke (Keupp, Röhrle 1987) sowie die Relevanz all dieser Faktoren für eine allgemeine "Gesundheitskultur".

In Begriffen wie Psychotherapie oder auch Psychosomatik, Somatotherapie, Psychoanalyse, ja, Psychiatrie kommt natürlich ein spezifisches Erbe abendländischer Anthropologie zum Tragen (Schmitz 1989; Böhme 1985; Petzold 1985g), das im kartesischen Dualismus kulminierte, ein Erbe, das bis in die Gegenwart auf den genannten Disziplinen immer noch schwer lastet. Bei differenzierter Betrachtung unter kulturgeschichtlicher Perspektive wird ein Programm fortschreitender Disziplinierung des Körpers und der Affektregungen erkennbar (Bernhard 1980; Ottomeyer, Anhalt 1985). Der Leib und seine Regungen, seine affektive und expressive Lebendigkeit, wird zunehmend verinnerlichten sozialen Kontrollen unterworfen (Elias 1969). Diese Prozesse sind keineswegs nur positiv im Sinne einer kulturellen Leistung zu sehen, sondern auch als Ausdruck von Entfremdung (Petzold 1993d) mit verdinglichenden Qualitäten, die bis in die Erkrankung führen (Petzold, Schuch 1992).

*\* Aus der "Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit" und dem Fritz Perls Institut, Düsseldorf, Hückeswagen*

In der "Integrativen Therapie" wurde auf dem Hintergrund derartiger kulturalanthropologischer Überlegungen deshalb das Konzept einer "anthropologischen Krankheitslehre" entwickelt, die im Schlüsselbegriff der "multiplen Entfremdung" (Petzold 1987d, 1993d) gründet und die die "spezielle Krankheitslehre" des Integrativen Ansatzes unterfängt, deren Kernkonzepte sind: das der "multiplen pathogenen Stimulierung" (d. h. Traumata, Störungen, Konflikte), der "zeitextendierten Überlastung", der "prolongierten Mangelerfahrungen" (d. h. Defizite) und der "repressionsbedingten Retroflexion" (d. h. Unterdrückung von Ausdrucksimpulsen, vgl. idem 1992a). Die spezifische Pathogenese des einzelnen ist damit in der Regel auf dem Hintergrund einer generellen gesellschaftlichen Pathologie zu verorten, die mitgesehen werden muß und auch in therapeutisch-interventiven Konzepten Niederschlag finden muß, sollen Behandlungen nicht zu kurz greifen.

Daß derartige anthropologische Überlegungen keineswegs nur ideologieträchtige Leitkonzepte oder Philosopheme sind, wird durch empirisch-klinische Daten von drei Seiten her sehr gut abgestützt.

(1) Die vergleichende Psychotherapieforschung und Psychotherapieprozeßforschung hat überzeugend herausgestellt, daß Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Laientherapien wesentlich aufgrund sogenannter "unspezifischer Therapiewirkfaktoren" Effizienz haben (Durlak 1979; Reinecker et al. 1989; Orlinsky, Howard 1988; Garfield 1992; Huf 1992; Petzold 1992g, 1993p) und daß diese "common factors" im wesentlichen in allgemeinmenschlichen Qualitäten positiver emotionaler Zuwendung und der Ermöglichung unentfremdeter Lebensformen bestehen, in der Aktualisierung genereller "protektiver Faktoren" (Petzold, Goffin, Oudhof 1993). De facto heißt das: Wird in der Psychotherapie bzw. in einem therapeutischen Setting ein nicht verdinglichendes Klima geschaffen, ein unentfremdetes Milieu bereitgestellt, wirkt dieses heilend.

(2) Die Streßforschung im allgemeinen und Untersuchungen zum Thema Streß, Leiblichkeit und Psychopathologie haben überzeugend dargestellt, daß "zeitextendierte Überlastungen" des Menschen in seiner Leiblichkeit (die als eine die Gesamtpersönlichkeit konstituierende Synergie von körperlichen, psychischen, geistigen, sozialen und ökologischen Dimensionen gesehen wird) eine hohe pathogene Valenz haben (Petzold 1993c, Traue 1989, 1991). Das Streßkonzept (Lazarus, Folkman 1984; Folkman et al. 1986) ist ein psychophysiologisches Konzept oder besser noch, ein soziopsychophysiologisches Konzept. Wo Streß abgebaut werden kann, streßfreie Lebenszusammenhänge entstehen, wird Gesundheit gefördert und Krankheit gemindert. Dies ist eines der überzeugendsten Ergebnisse klinisch-psychologischer Streßforschung.

(3) Schließlich ist die beachtenswerte Akzeptanz körper- und bewegungsorientierter Verfahren bei den Patienten zu beachten (Wolfensberger-

Baumgartner 1993), was im Sinne der Nachfrage-Angebots-Dynamik zu einem Boom körperorientierter Psychotherapieverfahren geführt hat - for better or worse (Lukuschick, Bauer 1994; Stumm, Wirth 1993).

Und hier handelt es sich offenbar nicht nur um eine modische Strömung der Psychoszene. Weiterhin ist als bemerkenswert zu notieren, daß bewegungstherapeutische und sporttherapeutische Behandlungen, Therapieformen also, die unmittelbar die Leiblichkeit einbeziehen, bei sogenannten "psychischen Erkrankungen" - z. B. schweren Depressionen - beachtliche Erfolge aufzuweisen haben (Bosscher 1991a, b, 1993; Huber 1990), ja, in einer Vergleichsuntersuchung zeigte sich, daß die Behandlung durch psychologisch fundierte "running therapy" bei depressiven Patienten der Behandlung mit tiefenpsychologisch fundierter, stützender Gesprächstherapie eindeutig überlegen war (Bosscher et al. 1993). Es sind die komplexen psychophysiologischen und psychosomatosozialen Wirkungen des bewegungstherapeutischen Momentes und der Einbeziehung der Leiblichkeit in die therapeutische Intervention gar nicht hoch genug einzuschätzen, sei es nun im Bereich der psychologisch fundierten "running therapy" (Sachs, Sachs 1981; Sachs, Buffone 1984) oder sei es im Bereich anderer leib- und bewegungsorientierter Therapieverfahren (Stolze 1984; Petzold 1988n; Pessa 1986).

Es wäre gänzlich verfehlt, aus der bisherigen Darstellung den Schluß zu ziehen, daß nunmehr die Körpertherapien die traditionellen Psychotherapieformen abgelösen hätten, daß "Somatotherapie" statt "Psychotherapie" angesagt sei, wie dies von einigen Vertretern körperzentrierter Therapieverfahren vertreten wird (Meyer, Liénard 1993). Vielmehr sind differenzielle und zugleich integrative Modelle angesagt, die ganzheitlich und spezifisch orientiert sind. Das neue Paradigma in der Krankenbehandlung, wie es sich etwa in der Struktur von Ambulatorien, Tageskliniken und modernen psychiatrischen Einrichtungen schon zeigt, wird mehrdimensional und methodenübergreifend sein und auf der Grundlage einer mehrperspektivischen Betrachtungsweise stehen.

Die "Integrative Therapie", das Verfahren, das in diesem Beitrag vertreten wird, mit seinen methodischen Varianten der "Integrativen Leib- und Bewegungstherapie" und "Integrativen Kunsttherapie" (Orth 1994, Petzold 1992a; Petzold, Orth 1990a), ist als ein solcher integrierender Ansatz zu sehen. Seit 1965 systematisch entwickelt (idem 1965), gehört er zu den "Schulen des Integrierens" (idem 1992g), die sich seit Mitte der 70er Jahre, nach einer bis in die 60er Jahre zurückgehenden Vorläuferphase, mit zunehmender Prägnanz im Felde der Psychotherapie herausgebildet haben (Wyss 1977; Mahrer 1989; Norcross, Goldfried 1992; Prochaska, DiClemente 1984).

Das Besondere und Spezifische dieser "Schule des Integrierens" besteht nun darin, daß sie nicht nur - wie andere Integrationsansätze - psychotherapeutische main streams, Grundorientierungen, Verfahren

kombiniert (Petzold 1993h), z. B. Psychoanalyse und Verhaltenstherapie (Wachtel 1977, 1994) oder Transaktionsanalyse und Gestalttherapie (Erskine, Moursund 1991) und nicht darin, daß sie ein eklektisches psychotherapeutisches Metamodell entwirft, wie der trans-theoretical approach von Prochaska und DiClemente (1984, 1992). Diese Momente sind im Integrativen Ansatz (Petzold 1974j, 1993n) zweifelsohne auch vorhanden: Es werden tiefenpsychologische und sozialwissenschaftliche Elemente, humanistisch-psychologische und behaviorale Konzepte, gestalttherapeutische und psychodramatische Methoden verarbeitet (idem 1993p), aber nicht im Sinne eines theoretischen oder methodischen Eklektizismus (Orlinsky 1994; Garfield 1983, 1992), sondern im Sinne einer integrierenden Verarbeitung derartiger Elemente in einem eigenständigen, theoretischen und praxeologischen Ansatz (Petzold 1992a). Es handelt sich also um ein neues, der klinischen Psychologie und "allgemeinen Psychotherapie" (Grawe et al. 1994) verpflichtetes Therapieverfahren und nicht nur um eine additive Kombination vorhandener Ansätze. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zu anderen Integrationsversuchen liegt darin, daß Psychotherapie, Nootherapie, Körpertherapie, Sozialtherapie und ökologische Interventionen in diesem Ansatz verbunden sind, von dualistischen Positionen also dezidiert Abstand genommen wird. Mit den beiden Integrationsbegriffen "Leib" und "Lebenswelt", die den Menschen als Leibsubjekt mit seinen bewußten und unbewußten Motivationen in den sozioökologischen Kontext-Kontinuum einbetten (wobei Leib die Person als ganzes meint, so, wie sie "leibt und lebt", mit ihren körperlichen Regungen, der emotionalen Bewegtheit, ihren geistigen Strebungen), wird ein Integrationsmodell gewählt, das der komplexen Realität des Menschen als soziales Wesen, das in konkreter "Zwischenleiblichkeit" mit anderen Menschen lebt, wohl noch am ehesten gerecht wird.

## **2. Beschädigte Leiblichkeit**

Psychisches Geschehen gründet in der Leiblichkeit. Es ist ohne diese nicht denkbar. "Rein seelische" Erkrankung - z. B. Depressionen, Phobien, Zwänge - zeigen bei sorgfältiger Betrachtung eine spezifische Somatik (man denke an das flache Atemmuster und den niedrigen Tonus bei depressiven Patienten, das eingeengte Atemverhalten und die hohe Verspanntheit bei vielen Zwangskranken usw.), ganz zu schweigen von den spezifischen Leibempfindungen, die für diese Krankheitsbilder charakteristisch sind. So kann man sagen: Es ist immer der ganze Mensch als "Leibsubjekt" erkrankt. Schaut man dann in die Geschichte und die Entwicklung der Erkrankung, so wird evident: Der depressive Leib ist niedergedrückt worden in einer Geschichte von Bedrückungen oder Unterdrückungen, der verängstigte Leib ist bedroht und eingeschüchtert worden, der rigide Leib - in ritualisierten Zwangshandlungen und Denkmustern gefangen - stand in

der Not, sich zusammenhalten zu müssen. Im Hintergrund jeder somatopsychischen bzw. psychosomatischen "Erkrankung" stehen leiblich konkrete Widerfahrnisse, Geschichten der Beschädigung oder des Mangels, die als in leiblicher Konkretheit durchlittene Szenen gesehen werden müssen. Dieser hier umrissene Ansatz der Integrativen Therapie von Petzold und seinen MitarbeiterInnen (Petzold, Sieper 1993a) wurde durch eine elaborierte anthropologische Theorie (Orth, Petzold 1993c), aber auch durch einen differenzierten entwicklungspsychologischen Ansatz unterfangen (idem et al. 1993), der aufgrund von Forschung zur sensumotorischen, emotionalen und kognitiven Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern im klinischen Kontext erarbeitet wurde (idem 1992a, b, c).

Diese Leiborientierung, diese Affirmation psychophysischer Ganzheit mit Blick auf Entwicklung, Pathogenese und Salutogenese (idem 1992a, 554 ff.; Antonovsky 1987) hat natürlich auch in interventiver Hinsicht Konsequenzen. Theoretische Konzeptualisierung wird handlungsleitend und führt dazu, daß in der Integrativen Therapie ein reiches Instrumentarium an Methoden, Techniken und Medien entwickelt wurde, leibliche Befindlichkeiten - etwa durch Bewegungs- und Entspannungsmethoden - zu beeinflussen (Höhmman-Kost 1991). Es wurden eigens methodische Orientierungen erarbeitet, wie die "Integrative Leib- und Bewegungstherapie" (Kuhr, Berger-Jopp 1993), um die theoretisch gewonnenen Kenntnisse umzusetzen (Petzold 1974j, 1977m, 1988n, 1992b). Ähnlich, wie der Leibbegriff den Begriff des Körpers übersteigt und das "sujet incarné" (Merleau-Ponty 1945/1966), das "Leibsubjekt" beinhaltet, ist der Bewegungsbegriff in der Integrativen Therapie ein weitgefaßtes Metakzept. "Leben ist Bewegung und Bewegung ist Leben" (Petzold, Orth 1993e; idem 1989h). Über die Lokomotion - die Bewegung eines Ding-Körpers im Raum durch motorische Aktivität - hinausgehend und auf relationalen Leib- (Tamboer 1991) sowie auf sensumotorischen Bewegungskonzepten (Meijer 1988) gründend, wird die emotionale Bewegtheit, werden die Ausdrucksbewegungen des Gefühls (e-motio) in den Blick genommen, wird die geistige Beweglichkeit - "movement of thought, cognitive fluency" -, werden die Bewegungen sozialer Interaktionen - Zuwendungen und Abwendungen - im "komplexen Bewegungsbegriff" der Integrativen Therapie beachtet (Petzold 1993a, 1185 f, 1343 f).

Der bewegte Leib, der Leib in Bewegung ist in seiner Intentionalität (Merleau-Ponty 1966) auf den ihn umgebenden Raum gerichtet. Er ist von seiner sensorischen und motorischen Ausstattung her dazu "gemacht", d. h. von der Evolution dazu ausgestattet (Riedl 1981), auf die Welt zuzugehen: Die Hände sind zum Greifen, die Augen zum Sehen da, sie erblicken die Welt, die Ohren lauschen in sie hinein. Diesem "aktiven" Wahrnehmungs- und Handlungsmodus steht ein "rezeptiver Modus" parallel, so daß die Dinge der Welt auf den Leib zukommen können: Ein Bild fällt mir ins

Auge, ein Geräusch dringt an mein Ohr, ein Kind läuft zu mir hin. Ich sehe und werde angeschaut, ich werfe einen Ball und fange ihn auf. Dies alles ist nur möglich, wenn der Leib in seinem perzeptiven und expressiven Vermögen funktionsfähig, unbeeinträchtigt, unbeschädigt ist. Wir haben in der "Integrativen Leib- und Bewegungstherapie" das Konzept des perzeptiven Leibes, des expressiven Leibes und des Wahrnehmungs- und Ausdruckshandlungen erinnernden memorativen Leibes (Petzold 1988n, 131 f, 400 f; 1993a, 1157 ff.). Durch negative Einflüsse im Verlauf des Lebens - insbesondere in der Kindheit, aber nicht nur in dieser - können diese Aspekte der Leiblichkeit mehr oder minder schwer geschädigt werden. Der "perzeptive Leib" ist wahrnehmungshungrig. Der Mensch braucht die "multiple Stimulierung" aller Sinne. Schon Säuglinge suchen Stimulierung (Stern 1985; Dornes 1993; Petzold 1993c). In der Verhinderung, Beschränkung oder Beschneidung von Wahrnehmungstätigkeit, durch Unterangebot oder Entzug von Wahrnehmung - sensorische Deprivation - entstehen nicht nur Schädigungen des Wahrnehmens, eine "Anästhesierung des perzeptiven Leibes", sondern damit auch Schädigungen der Gesamtpersönlichkeit. Das Kind darf "nicht merken" (Miller 1981), es soll nicht "so neugierig sein", nicht "alles anfassen". Wenn es hingefallen ist, kommt sicher ein Erwachsener, der ihm einredet, es "tue gar nicht weh", es "solle sich zusammenreißen": Analgesierung des perzeptiven Leibes. Der Gestank der Chemiefabrik in der Nachbarschaft wird abgeblendet. "Man gewöhnt sich an alles!" Der Lärm aus der Schreinerei im Hinterhof des Mietshauses wird "ausgeblendet" - "den hör' ich schon gar nicht mehr". An die rauhe, ruppige Hand des Vaters, die unsensible Berührung der Mutter hat sich das Kind "gewöhnt". Das ist allemal besser als gar keine Berührung: Anästhesierung des Wahrnehmungsleibes. Im extremen Fall kommt es zu chronifiziert abgestumpften Sinnen, partialisierter Wahrnehmung mit all den Folgen, die daraus für einen gesunden Lebensvollzug erwachsen können. Die Strategien depravierender Domestizierung sind vielfältig. Ihre Folgen sehen wir in gesenkten oder stumpfen Blicken, Händen, die nicht mehr feinspürig berühren können, Ohren, die nicht mehr zuzuhören vermögen.

Aber auch der expressive Leib (Petzold 1988n, 196 f) kann nachhaltig geschädigt werden. "In jedem Kind war einst ein Wildpferd, aber was ist aus eurem Wildpferd im Verlauf des Lebensweges geworden?" (Petzold 1971j) - ein Körper, der nur noch auf Kommando in vorgegebenen Bahnen funktioniert, habitualisiert in seiner disziplinierten Leiblichkeit: "Sei nicht so laut!", "Sei nicht so unruhig!", "Halt endlich den Mund!", "Du bist jetzt mucksmäuschenstill, sonst setzt's was!", "Du setzt dich jetzt hin und rührst dich nicht mehr!", "Kannst du nicht einmal die Beine stillhalten?" - unendlich sind die Einengungen und Beschneidungen des "expressiven Leibes", und wenn die mahnen den, kritischen, untersagenden Worte nichts mehr fruchten, dann "setzt es eben Hiebe". "Nimm dich zusammen!", "Benimm dich!", "Das muß du ordentlicher machen!", "Schreib 50 Mal: 'Ich soll auf dem Schulhof nicht...!', bis du das kapiert hast!". So wird der Körper

zugerichtet, in den Prozessen der Domestizierung. Seine Ausdrucksimpulse werden inhibiert und matt. "Unbelebte, kalte, kraftlose Hände, schlurfende Schritte, ein gesenkter Kopf, gebeugter Rücken, sind die Folge. Aus dem Wildpferd wird eine abgetriebene Mähre" (ibid. 4).

Diese Widerfahrnisse - in klinischer Terminologie sprechen wir von "pathogener Stimulierung" (idem 1975a) - d. h. Überstimulierung (Traumata), Unterstimulierung (Defizite), unterbrochene Stimulierung (Störung), widerstrebende Stimulierung (Konflikte) - diese Widerfahrnisse also können, wenn sie zu schmerzhaft oder zu demütigend waren, "verdrängt" werden. Sie sollen aus dem Gedächtnis verschwinden, weil sie zu belastend sind.

Verdrängung wird aber in der Integrativen Therapie als ein konkret leibliches Geschehen aufgefaßt. Die Ereignisse werden "in den Leib hinein" verdrängt. Der "memorative Leib" wird amnesiert. Die "Archive des Leibes" füllen sich mit belastenden Materialien, die nicht erinnert werden können oder dürfen, die aber dennoch wach sind und wirken. Für den geschulten Therapeuten sind sie überdies sichtbar: in "gedrückten" Körperhaltungen, in Verspannungen, Erschlaffungen, eingeschränktem oder überzogenem Ausdrucksverhalten, dysfunktionalen Bewegungen, eingeschränktem Atemmuster, Bluthochdruck, Hypertonie, Kopfschmerzen oder Magengeschwüren - die Monumente verdrängter Schädigungen reichen von kaum sichtbaren Einschränkungen über massive Symptome bis zu ausgebildeten psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen und organpathologischen Befunden.

Um die Wirkungen "multipler Entfremdung" als schädigende Wirkungen auf den Leib zu begrenzen - und der Leib ist der ultimative Ort der Gewalt bzw. der Gewaltausübung (Foucault 1978) - müssen die in den Leib eingedrungenen, repressiven Qualitäten, und deformierenden Impulse umgewandelt werden. Der "reprimierte Leib", der zum "deprimierten Leib" wurde (Petzold 1992a, 855 ff.), mit flacher Atmung, dysreguliertem Tonus, abgestumpfter Wahrnehmung, muß neue Prozesse leiblicher Sozialisation durchlaufen. Seine Domestizierung, die ihm Lebendigkeit, Expansivität, Kreativität genommen hat, bedarf neuen Freiraums, in den der Mensch hineinwachsen kann, um ihn füllen, ihn leibhaftig zu erproben, ohne wiederum neuer Disziplinierungsmaßnahmen gewärtig zu sein. Die Integrative Therapie hat in ihrem Ansatz der Leib- und Bewegungstherapie eine Vielzahl von Methoden und Wegen entwickelt, durch die ein leibliches Neu- oder Umlernen möglich wird, denn unsere Konzepte zur Pathogenese (Petzold, Schuch 1992) führen zu einem Verständnis von "Therapie vor gesellschaftlichem Hintergrund", und das läßt natürlich praxeologische Konzeptualisierungen und die Entwicklung von behandlungsmethodischen Instrumenten nicht unberührt. Dies fand seinen Niederschlag in der starken Ausprägung leib- und bewegungstherapeutischer, aber auch kreativitätstherapeutischer und medialer Behandlungsmöglichkeiten (Orth 1992, 1993a, b; Petzold 1974j, 1977m, 1987d, 1988n, 1993a; Orth, Petzold 1988a, 1990a, 1993a, 1993c, 1993e). In

dieser behandlungsmethodischen Zugangsweise als einer Therapie des ganzen Menschen - vom "Leibe her" und vom "sozialen Kontext/Kontinuum her" - ist ein Spezifikum des Integrativen Ansatzes zu sehen. Im folgenden sollen einige dieser praxeologischen Aspekte auf dem Hintergrund der Metapher des "domestizierten Leibes" dargestellt werden.

### **3. Therapeutische Perspektiven**

Die entfremdungstheoretischen Analysen im Integrativen Ansatz (Petzold 1981k, 1993o, 1994c; Petzold, Schuch 1992; Petzold 1993d) und seiner Gewährsphilosophen (Foucault, Elias, Lukacs, Adorno u. a.) zu den Lebensformen im Modernisierungsprozeß der westlichen Industriegesellschaften als Entwicklung zu einer hochtechnisierten, von elektronischen Medien kontrollierten Form der Vergesellschaftung haben gezeigt, daß die Domestizierung und Disziplinierung der leiblichen Regung, die Kontrolle der Emotionen und ihres Ausdrucks durch externale Normierungen und verinnerlichte Regulationsmechanismen von früher Kindheit an über die gesamte Lebensspanne hin zu einer fortschreitenden Verdinglichung und Selbstverdinglichung von Menschen führt. Die klinische Diagnostik und Anamneseerhebung (Althen 1991; Osten 1994, Petzold 1993p) substantiiert anhand der Symptomatiken, Erkrankungen und ihrer Hintergründe, der persönlichen Biographien und Krankengeschichten diesen Befund.

Derartige diagnostische Maßnahmen, die die "klassifikatorische Diagnostik" (z. B. des DSM-III-R) durch leibzentrierte Fokallinterviews, die Exploration von Karriereverläufen durch kreative Medien - etwa die Technik des Lebenspanoramas (Petzold, Orth 1993a), des gezeichneten "sozialen Netzwerks" oder eines "Identitätsprofils" (Petzold 1993p) - ergänzen, führen unmittelbar zu "prävalent pathogenen Milieus" (idem 1988n, 238), zu "protektiven Faktoren" (Rutter 1985; Rolf et al. 1990), zu kritischen Lebensereignissen (Filipp 1990), zu "prolongierten Mangelereignissen", "chains of adverse and positive events", pathogenen und salutogenen Einflüssen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993).

Betrachtet man all diese Einflüsse, so wird unschwer deutlich, daß es sich immer auch um Einflüsse handelt, die den Leib ganz unmittelbar betreffen und dort in den Regel einen "Niederschlag" hinterlassen, einen "Eindruck", eine bestimmte Haltung, die geprägt wurde. Gerade bei verdrängten biographischen Szenen, die zu schlimm waren, als daß sie in der Erinnerung bleiben konnten, sondern die in unzugänglichen Archiven des Gedächtnisses deponiert wurden, wird es notwendig, die "Monumente" (Petzold 1991a, 371 f), die sich in der Leiblichkeit zeigen, als Einstieg, als Schlüssel zu benutzen, um pathogene Lebensereignisse szenisch zu konkretisieren und der Erinnerung wieder zugänglich zu machen, was vielfach eine Voraussetzung für einen Prozeß der Restitution und Heilung

darstellt. Eine dann erfolgende "Therapie vom Leibe her" (Heinl 1993) gründet in einer "Diagnostik vom Leibe her" (Petzold 1970c). In der "Integrativen Diagnostik" bzw. prozessualen Diagnostik, die sich auf die Funktionen des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes (idem 1988n, 191 f) zentriert, nimmt dies eine wichtige Stellung ein: Ist die Wahrnehmung offen und vielfältig, ist das expressive Potential verfügbar, können die Einwirkungen auf den Leib geändert werden? Unter den "Beobachtungsfeldern" der Diagnostik stehen der Körper und die Leiblichkeit an erster Stelle: "Vitalität, Ausdrucksfähigkeit (Mimik, Gestik), Atmung, Haltung (z. B. grounding), Bewegungsqualität, Wahrnehmungsqualität: sensumotorische Stile (Petzold 1993p, 326 f) genauso wie die emotionalen Stile (idem 1992b, 223 ff.). Oft genug muß der Patient "Worte finden" für Erfahrungen, die für ihn schwer benennbar, bislang noch "unfaßbar" waren. Explorativ-diagnostische Interventionen sind deshalb immer auch therapeutisch. Wir bezeichnen sie deshalb als "theragnostisch". Sie haben eine bearbeitende, verarbeitende Qualität.

Um diesen Doppelaspekt besser zu nutzen und die "Geschichte der Domestizierung", der körperlichen Widerfahrnisse, der szenischen Abfolgen von prägenden Ereignissen (Narrative, Skripts, vgl. idem 1992a, 897 ff.) besser dem Verstehen zugänglich zu machen, verwenden wir projektive, diagnostische Methoden (Anzieu 1973; Anderson, Anderson 1953; Bell 1948; Frank 1948). Die "projektive Psychologie" (Abt, Bellak 1950) ist aufgrund ihrer oftmals überzogenen subjektiv-spekulativen Seite ins Abseits geraten. Zum Teil ist das bedauerlich, weil damit auch das positive Potential dieses Ansatzes verlorenggeht. In der theragnostischen Arbeit der Integrativen Therapie spielen projektive Momente durch die Arbeit mit kreativen Medien (Petzold, Orth 1990a) eine wichtige Rolle. Haben wir z. B. eine Patientin, die in hohem Maße verspannt ist - sie leidet an Kopfschmerzen, hat Beschwerden im "oberen Kreuz", ihre Gesichtsmimik ist angespannt, Bluthochdruck und allgemeine Nervosität sind weitere Symptome - so verwenden wir die theragnostische Technik der "body charts" (Petzold, Orth 1991a). Die Patientin wird aufgefordert, mit Farbstiften ihren Körper in Lebensgröße zu zeichnen und alles, was ihr zu einzelnen Körperteilen, Organen, Körperregionen einfällt, auf das Papier zu bringen, all das, was dem Körper an Gutem und Schlechtem widerfahren ist, in Formen, Farben, figuralen oder abstrakten Darstellungen, symbolisierend oder konkret "aufzuzeichnen" (zu zeigen!). Damit wird - das Wort bezeichnen sagt es - ungreifbares Material aus alten Szenen, d. h. auch aus vergangenen sozialen Kontexten (Leithäuser, Volmerg 1988, 187) "auf den Begriff gebracht".

Die Methode der "body charts" wurde in den 60er Jahren von Hilarion Petzold entwickelt, um die Archive des "memorativen Leibes" zugänglich zu machen. Schläge, die verdrängt wurden, Atmosphären, die bedrohten, räumliche Verhältnisse, die einengten, Hausarrest, der die Bewegungsfreiheit beschnitten hat, Nahrung, die "hineingezwungen" wurde -

um nur einige Beispiele der Domestizierung zu nennen - treten ins Bewußtsein, kommen aus dem Körperbild dem Betrachter entgegen, werden "augenfällig", erhalten einen Sinn. Sind sie sinnfällig geworden, gewinnen sie Bedeutung - in der Regel ohne daß eine Deutung von seiten des Therapeuten erfolgen muß, denn die Bilder sind selbstexplikativ. Etwas, was im Inneren des Patienten gespeichert war, wird nach außen projiziert, und dies häufig in einer Konkretheit, die "unübersehbar" ist. Finden wir symbolische Formen, die nicht verständlich oder unklar sind, werden diese mit dem Patienten "aus der inneren Resonanz" bearbeitet: "Was fühlen sie, denken sie, assoziieren sie, wenn sie dieses Bild (diese Form, diese Farbe usw.) betrachten?" Der Patient erschließt sich auf diese Weise sein Material selbst. Sofern Deutungen gegeben werden, erfolgen sie als Anregungen (Petzold 1988p). Die szenische Konkretheit und die in Formen und Farben zum Ausdruck kommenden "emotionalen Besetzungen" - und in letzterem liegt das projektive Moment - sind die "Phänomene", die in einer gemeinschaftlichen Hermeneutik (idem 1988a, b) erschlossen werden, möglichst ohne daß ein Bezug auf explikative Theorien bzw. Theoreme (etwa psychoanalytischer Provenienz, z. B. Ödipuskomplex, Penisneid, Archetypen) genommen wird.

C.B. Tait und R.L. Ascher haben 1955 in ihrem "inside-of-the-body-test" schon etwas Ähnliches versucht: "Zeichnen sie das Innere ihres Körpers mit all seinen Organen so schnell wie möglich, ohne nachzudenken. Danach bezeichnen sie die Organe mit Namen, die sie dargestellt haben!" - so die Instruktion (Anzieu 1973, 221). Die Autoren nahmen an, daß die psychischen Kräfte, die das Individuum dazu brachten, ein bestimmtes Organ zu zeichnen, die gleichen seien, die die psychosomatischen Symptome hervorbringen würden, so daß man auf den psychopathologischen Hintergrund schließen könne. Ähnlich wie in Karen Machovers (1949) "Human Figure Drawing" (HFD, vgl. Abraham 1963) oder das "Zeichnen einer Familie" (Corman 1970) werden Aspekte aufgezeigt, die auf Problematiken hinweisen sollen: "Zum Beispiel drücken runde Formen Weiblichkeit, Unterwürfigkeit, Narzißmus aus; eckige Formen Aggressivität, Männlichkeit, Widerstand" (Anzieu 1973, 209). "Das Bild des Selbst, das in den Tests projiziert wird, zeigt Auslassungen und Verhüllungen mit Bezug auf vulnerable Seiten der Persönlichkeit des Subjekts. Die klinische und symbolische Interpretation ist darum bemüht, unter diesem Aspekt bedeutsame Details zu erfassen" (ibid). Bei den Körperbildern unseres theragnostischen Ansatzes wird nicht in dieser Form vorgegangen. Was runde und eckige Formen bedeuten, wird nicht fremdinterpretativ, sondern von dem Patienten aus seiner "inneren Resonanz" erschlossen. Diese ist immer auch mit Gefühl verbunden, und das wird in der "therapeutischen Beziehung" leiblich vom Patienten als emotionaler Ausdruck gezeigt und vom Therapeuten angenommen. So entsteht Mutualität (Ferenczi 1988) im Sinne "wechselseitiger Resonanzen". Sind die Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt als Folge domestizierender Sozialisation, so werden Hilfen über Bewegung oder

Atmung gegeben. Ein verhaltenes Schluchzen, das den Körper in einer "Engung" (Schmitz 1989) beläßt, in einer zusammengekauerten Haltung, hoher Verspannung mit einem flachen Atemmuster, wird durch ermutigende Interventionen zu einer "Weitung" geführt: "Lassen sie ihre Gefühle ruhig zu, und versuchen sie dabei die verspannten Hände zu öffnen, sich breiter hinzusetzen, das Schluchzen nicht festzuhalten! Ausatmen, mit dem Einatmen weit werden! Lassen sie ihrem Ausdruck Raum. Sie dürfen hier Gefühle zeigen. Keine Angst haben vor den eigenen Tönen, den Rücken lösen!" Auf diese Weise geschieht ein "leibliches Umlernen". Emotionaler Ausdruck wird in seiner leiblichen Konkretetheit wertschätzend aufgenommen, angenommen. Es werden Szenen und Atmosphären konstelliert, die genau das Gegenteil von dem darstellen, was in biographischen Situationen im Sinne des "Repressionsmodells der Pathogenese" (Petzold 1992a, 855 ff.) geschehen ist: die Verschreckung des Körpers, die Zurückdrängung des Affekts, die Disziplinierung des Ausdrucksverhaltens - Domestizierung. Immer wieder wird auch mit stützenden Körperinterventionen gearbeitet. Die Therapeutin berührt die Schulter der Patientin in einer versichernden Qualität: "Es ist in Ordnung, die Gefühle so zu zeigen!" ("sagt" die Hand). Die psychologische Qualität der "Berührung aus Berührtsein" (idem 1970c; Eisler 1991) kommt in ihrer mitmenschlich-zwischenmenschlichen Dimension zum Tragen. Es wird Trost vermittelt. Manchmal kommt auch die Übertragungsdimension in der Berüh@? rung zur Wirkung: "Ich bin bei dir, mein Kind, dir kann nichts geschehen!" Die "Übertragungsanfrage" der Patientin: "Verkörpere für mich eine gute Mutter!" wird bei entsprechender Indikation aufgenommen und angenommen - für eine Zeit zumindest, so lange nämlich, wie Prozesse der Beelterung (reparentage, vgl. ibid 1113 ff., 768 ff.) das therapeutische Geschehen bestimmen. Jede Übertragung ist eine Anfrage nach "Verkörperung". Neben der symbolischen Qualität der Berührung, der zwischenmenschlichen Berührungsdimension, der Übertragungsdimension der Berührung kommt auch noch eine physiotherapeutische Dimension zum Tragen. Die Therapeutin legt z. B. die Hand zwischen die Schulterblätter der verhalten schluchzenden Patientin. Sie "stärkt ihr den Rücken" (symbolische Qualität auf der mitmenschlichen und/oder Übertragungsdimension), aber die Wärme der Hand wirkt physiologisch lösend auf die verspannte Muskulatur, und eine leichte Vibration fördert muskuläre Entspannung. Die Atemwelle kann sich nun weiter ausdehnen, und der verdrängte, zurückgedrängte, festgehaltene Affekt kann sich zeigen und Raum gewinnen. Zuweilen werden Patienten auch ermutigt, ihr Gefühl in die B-e-w-e-g-u-n-g zu tragen, durch den Raum zu gehen. Sie müssen sich jetzt nicht mehr "verkriechen", sondern können sich zeigen. Sie werden von der Therapeutin oder - sofern es sich um eine Gruppentherapie handelt (Petzold, Schneewind 1986, Petzold, Berger 1986) - von den Gruppenmitgliedern gesehen, angesehen. Die Bewegungssequenzen können dann zuweilen in einen spontanen T-a-n-z übergehen - eine Maximalisierung der Ausdrucksbewegung. Auf diese Weise können "korrigierende emotionale Erfahrungen" oder - das Konzept von

Alexander erweiternd - "korrigierende leibliche Erfahrungen" (Petzold 1970c) gemacht werden. Was dies auf biographischem Hintergrund bedeutet, kann ein projektives "relationales Körperbild" (Abb. 1) einsichtig machen.

*Abb. 1: Relationales Körperbild - Tochter und Vater*

Bei "relationalen Körperbildern" (Petzold, Orth 1991a) werden Patienten aufgefordert, ihren Körper und den Körper des Vaters (der Mutter oder beider Eltern) im Bezug zu ihrem eigenen Leib zu zeichnen. In diesen Bildern werden die Einflüsse deutlich, die leiblich konkret vom Körper des Vaters ausgegangen sind. Die Qualität der "Zwischenleiblichkeit" wird greifbar. Mit Reitpeitsche und Soldatenstiefeln wird in der Darstellung der Vater in seiner ganzen Gewalttätigkeit plastisch. Das Kind muß sich abpanzern, schließt sich ein wie in einen Sarg. Seine Brust- und Herzregion verschließen sich. Sein psychologischer und kinästhetischer Raum sind aufs äußerste beschränkt worden. Die schriftlichen Kommentierungen des Bildes sind selbstexplikativ und machen das repressive Sozialisationsgeschehen deutlich. Therapeutisch gesehen steht Befreiung aus den Beengungen an. Der Bewegungs- und Ausdrucksraum muß bereitgestellt werden, und das erfordert nicht nur Arbeit mit Bewegung und Tanz, sondern vor allen Dingen eine Qualität der therapeutischen Beziehung, in der Panzerungen abschmelzen können und Stützung für Ausdrucksimpulse gegeben werden, so daß ein "potential space" (Winnicott) entsteht, in dem Entfaltungsspielräume ausgeschöpft werden können. An die Stelle einschränkender Domestizierung tritt Freiraum, raumgebende Kreativierung.

In ganz ähnlicher Weise wie mit body charts oder relationalen Körperbildern kann das Medium Ton in der Integrativen Therapie in projektiv-diagnostischer und kurativ-therapeutischer Weise Verwendung finden (Petzold, Kirchmann 1990). Ton hat ein hohes "evokatives" Potential. Er stimuliert regressive Klimata und eröffnet Zugänge zu frühen biographischen Milieus (etwa der Sauberkeitserziehung, einer Kernsphäre der Domestizierung). Er kann aber andererseits auch das Thema Alter und Tod aufkommen lassen ("Von Erde bist du genommen, zu Erde sollst du

werden!"). Dadurch, daß er taktiles und kinästhetisches Gedächtnis anspricht und aktiviert und dabei gute Gestaltungs- und Ausdrucksmöglichkeiten durch seine Formbarkeit anbietet (Petzold 1977c; Petzold, Orth 1993d), können besonders atmosphärische Qualitäten, die auf den Leib eingewirkt haben - gute wie bedrohliche - "plastisch werden". Es ist wichtig zu unterstreichen, daß nicht nur die Reaktivierung negativer, zerstörerischer Einflüsse in der therapeutischen Arbeit wesentlich ist, sondern daß durchaus die Evokation bergender, tröstlicher, sicherheitsvermittelnder Atmosphären heilende Wirkung hat. Die Abbildungen 2 und 3 machen dies deutlich.

*Abb. 2: Tonarbeit – Urvertrauen*

Eine bergende Schale umschließt ein eingerolltes Gebilde wie der mütterlich Leib den Föten. In einer weiteren "Ausformung" des Themas werden dann Innigkeit und Geborgenheit der Mutter-Kind-Beziehung sichtbar und vom Patienten tastend erfahren. Andere Tonarbeiten machen Erfahrung der Zerstörung, des Schreckens, der Bedrängung und der Bedrohung sinnfällig (Abb. 4) - der Tonklumpen wird als "aufgerissener Rachen", umgeben von "Schreckgespenstern" gestaltet.

*Abb. 3: Tonarbeit - Geborgenheit*

Andere Tonarbeiten machen Erfahrung der Zerstörung, des Schreckens, der Bedrängung und der Bedrohung sinnfällig (Abb. 4) – der Tonklumpen wird als „aufgerissener Rachen“, umgeben von „Schreckgespenstern“ gestaltet.

*Abb. 4: Tonarbeit - "Schreckgespenster"*

In einer anderen Arbeit ist der Leib aufgerissen "bis in die Eingeweide" (Abb. 5), mit all dem Entsetzen, das durchlebt werden mußte.

*Abb. 5: Tonarbeit - Aufgerissen bis in die Eingeweide*

Die Leibarbeit mit dem Medium Ton muß aber nicht bei solchen Erfahrungen stehenbleiben, sondern ermöglicht "Umgestaltung". Zerrissenes kann sich schließen und eine gute, klare Form gewinnen, der Ausdruck der inneren Dynamisierung wird "Kraft und Form" (Abb. 6).

*Abb. 6: Tonarbeit - Kraft und Form*

In "intermedialen Quergängen", d. h. durch den Wechsel von einem Medium in ein anderes (Orth, Petzold 1990b) kann dann die Tonplastik in einer "Körperskulptur" verleiblicht werden. Der Patient stellt sein Tongebilde mit seinem Leib dar (Abb. 7), versucht leiblich (d. h. mimisch-pantomimisch) die Ausdrucksqualität umzusetzen. Von einer S-k-u-l-p-t-u-r ist es möglich, in die B-e-w-e-g-u-n g zu gehen (Abb. 8) und eventuell, den Bewegungsraum ausdehnend, zu einem T-a-n-z zu finden (Orth, Petzold 1988a; Petzold 1988n, 568 ff.).

*Abb. 7: Verleiblichung*

In derartigen diagnostisch-therapeutischen Aktionen werden die Hintergründe entfremdender Sozialisationsbedingungen, die Ein- und Auswirkungen der Domestizierung deutlich, und es wird andererseits die Möglichkeiten gewonnen, an die Stelle von Entfremdung Zugehörigkeit zu setzen und gegen die Domestizierung Freiraum, Spontanität und Kreativierung. Der perzeptive Leib wird offen. Der eingefrorene, verschreckte, expressive Leib gewinnt an Beweglichkeit, "fluency" (dieser so wichtige Faktor in der Kreativitätstheorie von Carl Rogers, 1990). Der Mensch findet zu einem kreativen "flow" (Csikszentmihalyi 1985), und verdrängte Anteile der Biographie werden über ein Aufschließen des memorativen Leibes wieder verfügbar und können für den Lebensvollzug des Subjekts fruchtbar gemacht werden. Ein derartiger Neugewinn an Potential, in dem Lebendigkeit an die Stelle der Verdinglichung tritt, bleibt nicht auf das Individuum beschränkt, sondern muß seinen sozialen Raum erfassen. Und in der Regel geschieht dies auch: denn Kreativität und Offenheit wirken "ansteckend". Ein Mensch, der Souveränität, Selbst-Verständlichkeit und Zugehörigkeit gewonnen hat, wirkt durch seine Persönlichkeit in sein soziales Feld und kann hier die Qualität eines "katalytischen Ferments" (Ferenczi 1964) gewinnen. Seine freie Leiblichkeit setzt einen Kontrast zu den verschreckten, verängstigten, rigiden Körpern und gleichzeitig ein Zeichen dafür, daß positive Zwischenleiblichkeit, ein unbefangenes leiblich-konkretes Miteinanderumgehen möglich sind. Ein solcher lebendiger und unbefangener Mensch wird durch sein Dasein zu einem leibhaftigen Symbol (Petzold, Orth 1993e) für Offenheit, Zugewandtheit und Kreativität.

#### Literatur:

- Böhme, G., Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, Darmstädter Vorlesungen, Suhrkamp, Frankfurt 1985.*  
*Bosscher, R.J., Runningtherapie bij depressie, Thesis, Amsterdam 1991a.*  
*Caspar, F.M., Grawe, K., Weg vom Methoden-Monismus in der Psychotherapie, Bulletin der Schweizer Psychologen 3 (1989) 6-19.*  
*Ferenczi, S., Bausteine zur Psychoanalyse, 4 Bde., Huber, Bern 1964.*  
*Heinl, H., "Therapie vom Leibe her" - körperbezogene Behandlung in der Praxis, in: Petzold, Sieper (1993a) 341-350.*  
*Höhmman-Kost, A., Bewegung ist Leben, Junfermann, Paderborn 1991.*  
*Lukuschik, A., Bauer, E., Die richtige Körpertherapie, Goldmann, München 1994.*  
*Petzold, H.G., Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, 1993p, in: Petzold, Sieper (1993a) 267-340.*  
*Petzold, H.G., Orth, I., Integrative Leibtherapie - Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl, Weiterbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG, 1993e, in: Petzold, Sieper (1993a) 519-536.*  
*Wolfensberger-Baumgartner, T., Die Bedeutung der Bewegungstherapie in der stationären Psychotherapie, Diplomarbeit am Seminar für Angewandte Psychologie Zürich, Zürich 1993.*

*Weitere Literatur bei der Autorin*

Anschrift der Autorin:

Ilse Orth, Fachbereichsleiterin Kunsttherapie  
an der Europäischen Akademie, Kühlwetterstr. 49, 40239 Düsseldorf